別記第1号様式（第6条）

多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金交付申請書

年　　月　　日

多古町長　　　　　　　様

所在地

法人名

事業所名

代表者職氏名

電話番号　　　　　　　　　　　　印

　　　　年度多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金の交付を受けたいので、多古町重症心身障害児短期入所特別支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

交付申請額　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

（添付書類）

１　多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金所要額調書（別紙１）

２　収支予算書抄本

別紙１

多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金所要額調書

事業所名：

担当者名：

（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象経費の支出予定額  Ａ | 寄付金その他の収入額  Ｂ | 差引額  Ｃ（Ａ－Ｂ） | 補助基準額計  Ｄ | 補助金所要額  (ＣとＤを比較して少ない額) |
|  |  |  |  |  |

注１　補助対象経費の支出予定額（Ａ）は、下表（１）補助対象経費の支出予定額の合計額を記入してください。

注２　補助基準額計（Ｄ）は、下表（２）補助基準額積算内訳の合計額を記入してください。

（１）補助対象経費の支出予定額内訳

（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 人件費 |  |
| その他運営費 |  |
| 合計額　　Ａ |  |

注３　人件費は、利用対象者の支援にあたる職員の人件費を記入してください。なお、複数の職員が支援にあたる場合は、各職員における業務割合を算出し、合算してください。

注４　その他運営費は、利用対象者のみに係る運営に関係する経費を記入してください。

（２）補助基準額積算内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象事業の区分 | 利用対象者名 | 補助基準額  ａ | 利用日数  ｂ | 補助基準額計  ａ×ｂ | 備考 |
|  |  | 円 | 日 | 円 |  |
|  |  | 円 | 日 | 円 |  |
|  |  | 円 | 日 | 円 |  |
| 合計額　　　Ｄ | | | | 円 |  |

注５　補助対象事業の区分は、終日型短期入所の場合は「終日」を、夜間型短期入所利用の場合は「夜間」を記入する。